



Rozmowa z profesorem Grzegorzem Opalą

— Prezesem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa
 Neurologicznego (ZG PTN), Kierownikiem Kliniki Neurologii
 Wieku Podeszłego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

Panie Profesorze, po trzyletnim uczestnictwie w pracach ZG PTN jako Prezes Elekt we wrześniu bieżącego roku objął Pan funkcję Prezesa. Jaki kierunek działań będzie Pan preferował na tym odpowiedzialnym stanowisku — reformatorski czy zachowawczy?

W obecnych czasach nie można przyjąć postawy zachowawczej, zatem jest oczywiste, że przyjmuję kierunek reformatorski. Główne zadania to usprawnienie organizacji pracy ZG PTN, otwarcie na kontakty międzynarodowe, szczególnie na obszarze Unii Europejskiej, oraz dostosowanie działań Towarzystwa do nowych wymagań w zakresie kształcenia podyplomowego. Jednocześnie nie należy zapominać, że nie zaczynamy od początku, ale opieramy się na dotychczasowych osiągnięciach PTN, wypracowanych w ciągu ponad 60 lat jego istnienia. Jest to więc kierunek kontynuacji i rozwoju.

Jakie są najważniejsze założenia dotyczące funkcjonowania ZG PTN podczas obecnej kadencji, a skoro reformy, to jakiego typu?

Chciałbym, żeby Zarząd Główny i Towarzystwo były sprawnie działającym organizmem. Będę się więc przyglądał, jak pracują inne towarzystwa naukowe, które osiągają sukcesy. Wprowadzony na XVIII Zjeździe PTN w Poznaniu wybór prezesa elekta miał być gwarancją zachowania ciągłości działań Zarządu Głównego, między innymi poprzez stworzenie zespołu do spraw programu długoterminowego, czyli funkcjonującego już w wielu towarzystwach na Zachodzie zespołu strategicznego. W jego skład wchodziłby ustępujący i urzędujący obecnie prezes oraz prezes elekt. Ten zespół

zamierzam w najbliższym czasie powołać, a jego zadaniem będzie tworzenie programu rozwoju Towarzystwa nie tylko na czas bieżący, ale także na najbliższe lata. Taki system daje także elektowi czas na przygotowanie się do objęcia funkcji prezesa w kolejnej kadencji. Ważnym zadaniem ZG PTN jest ożywienie działalności terenowych oddziałów towarzystwa, które, dysponując zagwarantowaną statutowo samodzielnością, oczekują jednocześnie wsparcia ze strony władz PTN. Ponadto wciąż nie mamy w statucie zapisu definiującego działanie poszczególnych sekcji Towarzystwa. Powinniśmy być otwarci na zwiększenie autonomii i swobodę działań sekcji oraz oddziałów terenowych, a także towarzystw naukowych działających w subspecjalnościach neurologicznych, zachowując jednak odpowiednią pozycję Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, które reprezentuje neurologię jako całość.

Czego od ZG PTN mogą oczekiwać lekarze specjalizujący się w neurologii i młodzi neurologi?

Towarzystwo przykładą bardzo dużą wagę do spraw wykształcenia i ujednoliconego programu szkolenia. Istniejący obecnie duży potencjał dydaktyczny powinien być wykorzystany zgodnie z przyjętym programem szkolenia podyplomowego. To, co teraz obserwujemy, to eksplozja różnorodnych działań edukacyjnych, niekoniecznie zgodnych z założeniami programowymi. Zatem działania Polskiego Towarzystwa Neurologicznego powinny dążyć do skoordynowania wszystkich wysiłków dydaktycznych służących osiągnięciu zamierzonego celu.

Czy w Pańskich działaniach będą przeważały dążenia do centralizacji i dominującej roli ZG PTN, czy też jest Pan zwolennikiem większej samodzielności oddziałów terenowych?

Zarząd Główny PTN zakłada autonomię oddziałów terenowych, ale w ramach zachowania jedności działania merytorycznego i organizacyjnego. Właśnie w oddziałach najlepiej można określić najważniejsze potrzeby oraz możliwości ich spełnienia. Zgodnie ze statutem muszą być jednak respektowane uprawnienia Zarządu Głównego i w tym znaczeniu autonomia poszczególnych ośrodków musi być podporządkowana celom nadrzędnym. Chciałbym, aby jak najmniej kursów specjalizacyjnych było organizowanych centralnie, należy więc bardziej aktywnie włączyć w tę działalność ośrodki terenowe, wraz z ich potencjałem dydaktycznym. W razie potrzeby do tych ośrodków mogą być zapraszani wykładowcy z różnych regionów kraju, natomiast lekarze specjalizujący się w neurologii i biorący udział w ustawicznym kształceniu podyplomowym nie powinni być zmuszani do wyjazdów szkoleniowych do Warszawy lub innych odległych miejscowości. Metody oceny, a także tak zwane punkty edukacyjne, pozostające obecnie w gestii izb lekarskich, powinny być jednak przejrzyste i centralnie ujednolicone.

Czy w Polsce jest zbyt wielu neurologów? Pytam o to, ponieważ słyszy się różne opinie na ten temat.

Według mojej wiedzy w Polsce, przy aktualnym modelu służby zdrowia, neurologów nie jest zbyt wielu, zwłaszcza że prognozy demograficzne wiążą się z możliwością większego rozpowszechnienia chorób zwyrodnieniowych i naczyniowych. W innych modelach funkcjonujących w niektórych krajach europejskich można akceptować mniejszą lub zmniejszającą się liczbę neurologów. Dla Polski taka sytuacja byłaby niekorzystna. Z drugiej strony specjaliści w dziedzinie neurologii powinni koncentrować się przede wszystkim na problemach neurologicznych. Przykładowa sytuacja: pacjent przychodzi do neurologa z bólem głowy — stwierdzamy, że przyczyną dolegliwości jest nadciśnienie tętnicze i zamiast powierzyć opiekę nad takim chorym kompetentnemu lekarzowi, sami podejmujemy się jego prowadzenia. Myślę, że nie tędy droga. Jest jednak i druga strona zagadnienia; neurologia znajduje się także na pograniczu wielu dyscyplin. Należy się więc liczyć z koniecznością swobodnego poruszania się neurologa w obszarze tego pogranicza, co oznacza, że w przyszłości będzie zapewne potrzebna jeszcze większa liczba specjalistów w naszej dziedzinie.

Panie Profesorze, jest Pan założycielem i kierownikiem pierwszej w Polsce Kliniki Neurologii Wieku Podeszłego. Jaki był cel powołania do życia placówki o takim profilu i jakie kierunki naukowo-badawcze są w niej realizowane?

Kierowana przeze mnie Klinika Neurologii Wieku Podeszłego Śląskiej Akademii Medycznej realizuje pełny zakres zadań związanych z neurologią, jakkolwiek nasze zainteresowania naukowe oraz kierunek działalności zawodowej dotyczą przede wszystkim chorób, które są zdeterminowane wiekiem. Obejmują one procesy neurodegeneracyjne, choroby naczyniowe układu nerwowego, a także padaczkę wieku podeszłego. Nasza praca jest realizowana w części Kliniki dysponującej 20 łóżkami, z wydzielonym pododdziałem udarowym. Druga część Kliniki jest przygotowana do prowadzenia diagnostyki i leczenia w trybie jednodniowym, w myśl dewizy, że wszyscy chorzy, którzy nie muszą być hospitalizowani w trybie stacjonarnym, są poddawani obserwacji, diagnozowani i leczeni bez konieczności pozostawania w szpitalu. Logistyka funkcjonowania tego oddziału polega na tym, że ustalamy harmonogram badań, zanim chory zostanie przyjęty. W momencie zgłoszenia się chorego, maksymalnie w ciągu 8–10 godzin, zostają wykonane wszystkie zaprogramowane badania według standardów postępowania diagnostycznego. Pozwala to na zwiększenie dostępności usług neurologicznych i częstszy kontakt z pacjentami, którym zaoszczędza się stresu i dyskomfortu związanego z hospitalizacją.

Jakie jest Pana zdanie na temat nowej ustawy o szkolnictwie wyższym?

Wydaje się, że w tej chwili jest za wcześnie na ocenę tej ustawy. Musimy jeszcze poczekać na rozporządzenia wykonawcze. Nie sądzę, aby zmiany wynikające z nowej ustawy o szkolnictwie wyższym w zasadniczy sposób zmieniały sytuację uczelni. Spodziewam się, że będzie ona jeszcze nowelizowana i zmieni swój kształt. Generalnie uczyniono jednak krok w dobrym kierunku.

A teraz pytanie do Pana jako do byłego ministra zdrowia. Jaka jest Pańska opinia na temat perspektywicznych rozwiązań, dotyczących funkcjonowania i finansowania służby zdrowia w Polsce? Proszę również o komentarz odnoszący się do kolejnych już programów „uzdrowienia” służby zdrowia, proponowanych przez główne siły polityczne w Polsce.

Rozmawiamy w momencie, kiedy trudno jest jeszcze przewidzieć, jakie ostateczne rozwiązania zostaną przyjęte. Mimo narzekań na dotychczasowy

przebieg reformy służby zdrowia, za niewątpliwe osiągnięcie uważam wydzielenie składki na zdrowie, na którą nikt poza płatnikiem nie powinien mieć wpływu. Jestem przeciwny nadmiernej centralizacji usług medycznych oraz przenoszeniu pieniędzy przeznaczonych na funkcjonowanie służby zdrowia do budżetu państwa. Byłoby to oddanie tych pieniędzy do dyspozycji ministra finansów, ze szkodą dla całego systemu. Dopracowania wymaga natomiast relacja między mini-

strem a funduszem zdrowia czy kasą chorych. Była na to szansa w ubiegłych latach, chociażby na podstawie nowelizacji z 16 lipca 2001 roku. Trudno jednak obecnie przewidzieć, jaki teraz będzie kierunek zmian.

Bardzo dziękuję za rozmowę

***Rozmowę przeprowadził Sławomir Budrewicz,
15 października 2005 roku.***